UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 88

# LA TECHNIQUE
DE
# L'ÉMASCULATION TOTALE

**Procédé de M. le professeur FORGUE**

**(Émasculation rétrograde)**

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 7 juillet 1922**

PAR

**GOSSEREZ (Robert-Charles-Auguste)**

Né à Nancy (Meurthe-et-Moselle), le 30 août 1895

Ancien interne des hôpitaux de Cette

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine**

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président.*
JEANBRAU, professeur.
RICHE, agrégé.
LAPEYRE, agrégé.

*Assesseurs*

MONTPELLIER
Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)
14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1922

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547021_0159

# LA TECHNIQUE

DE

# L'ÉMASCULATION TOTALE

**Procédé de M. le professeur FORGUE**

(Émasculation rétrograde)

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 88

# LA TECHNIQUE
DE
# L'ÉMASCULATION TOTALE

**Procédé de M. le professeur FORGUE**

**(Émasculation rétrograde)**

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 7 juillet 1922**

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

**GOSSEREZ (Robert-Charles-Auguste)**

Né à Nancy (Meurthe-et-Moselle), le 30 août 1895

Ancien interne des hôpitaux de Cette

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine**

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président.*
JEANBRAU, professeur.
RICHE, agrégé.
LAPEYRE, agrégé.

*Assesseurs*

MONTPELLIER
Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)
14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1922

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

## Professeurs

| | |
|---|---|
| Anatomie | MM. GILIS. |
| Histologie | VIALLETON. |
| | GRYNFELTT. |
| Physiologie | HEDON. |
| Physique médicale | N... |
| Chimie biologique et médicale | DERRIEN, *doyen*. |
| Botanique et histoire naturelle médicales | GRANEL. |
| Anatomie pathologique | MASSABUAU. |
| Microbiologie | LISBONNE. |
| Pathologie et thérapeutique générales | BOSC. |
| Pathologie interne | N... |
| Thérapeutique et matière médicale | VIRES. |
| Hygiène | BERTIN-SANS (H.) |
| Médecine légale et toxicologie | N... |
| Clinique médicale | DUCAMP. |
| | VEDEL. |
| Clinique chirurgicale | TEDENAT |
| | FORGUE, *assesseur* |
| Clinique obstétricale | VALLOIS. |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses | MAIRET. |
| Clinique ophtalmologique | TRUC. |
| Clinique des maladies des enfants | N... |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | ESTOR. |
| Clinique gynécologique | DE ROUVILLE. |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie | MOURET. |
| Clinique des maladies des voies urinaires | JEANBRAU. |

## Honorariat

*Doyens honoraires :* MM. VIALLETON et MAIRET.

*Professeurs honoraires :* MM. E. BERTIN-SANS, RODET et BAUMEL.

*Secrétaires honoraires :* MM. GOT et IZARD.

## Chargés de Cours complémentaires

| | |
|---|---|
| Anatomie | MM. GRYNFELTT. |
| Clinique propédeutique de chirurgie | RICHE. |
| Clinique propédeutique de médecine | RIMBAUD. |
| Clinique des maladies des vieillards | EUZIERE. |
| Clinique des maladies syphilitiques et cutanées | MARGAROT. |
| Médecine opératoire | SOUBEYRAN. |
| Pathologie chirurgicale | ETIENNE. |
| Accouchements | DELMAS (P.). |
| Pharmacologie | GALAVIELLE. |
| Matière médicale | CABANNES. |
| Stomatologie | Dr WATON. |
| Histologie | Dr GRANEL (F.). |

## Agrégés en exercice

| | | | |
|---|---|---|---|
| Médecine | MM. LEENHARDT. | Chirurgie | MM. RICHE. |
| | GAUSSEL. | | ETIENNE. |
| | EUZIERE. | | LAPEYRE. |
| | RIMBAUD. | Accouchements | DELMAS (P.) |
| | MARGAROT. | Histoire natur. | GALAVIELLE. |
| Anatomie | DELMAS (J.). | | CABANNES. |
| Chimie | MESTREZAT. | Physique | PECH. |

## Examinateurs de la thèse :

MM. FORGUE, prof^r, *président.* | MM. RICHE, agrégé.
JEANBRAU, professeur. | LAPEYRE, agrégé.

---

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

COMMANDANT EN RETRAITE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En témoignage de profond amour filial.*

A MES FRÈRE ET SŒURS

*En gage de bien sincère affection.*

A MES PARENTS ET A MES AMIS

R. GOSSEREZ.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

## MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

## A MON JURY DE THÈSE

## A MONSIEUR LE PROFESSEUR VEDEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

## A MONSIEUR LE DOCTEUR RICARD

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HÔPITAL DE CETTE

## A MONSIEUR LE DOCTEUR PETIT

MÉDECIN EN CHEF DE L'HÔPITAL DE CETTE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

R. GOSSEREZ.

# AVANT-PROPOS

*Avant d'accomplir cet acte qui vient élever l'étudiant au grade de docteur, nous nous faisons un devoir d'affirmer la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers tous les Maîtres qui, par leur enseignement de chaque jour et leur infinie bienveillance, nous ont guidé à travers les différentes étapes de notre scolarité.*

*Nous exprimons toute notre gratitude à M. le professeur Forgue pour le grand honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse inaugurale. C'est à lui que nous devons le sujet de ce travail ; sa bienveillante intervention, ses précieux conseils et la communication de ses observations nous ont grandement facilité son élaboration.*

*Nous adressons à M. le professeur Vedel nos hommages de reconnaissance pour l'accueil tout paternel qu'il nous a réservé au cours de nos études médicales ; pendant le temps qu'il nous a été donné de passer auprès de lui, nous avons été l'objet de ses bontés et sa bienveillante sollicitude ne nous a jamais fait défaut.*

*Nos remerciements iront ensuite à M. le docteur Petit,*

*à M. le docteur Ricard, qui furent nos précieux guides durant nos deux années d'internat. Les marques d'intérêt et d'affectueuse sympathie qu'ils nous ont prodiguées prendront rang parmi nos souvenirs les plus chers.*

*Qu'il nous soit enfin permis de réunir dans une même pensée de reconnaissance tous nos Maîtres de la Faculté dont nous n'oublierons jamais les leçons ni les excellents conseils.*

# LA TECHNIQUE
DE
# L'ÉMASCULATION TOTALE

**Procédé de M. le professeur FORGUE**

(Émasculation rétrograde)

## INTRODUCTION

L'émasculation totale consiste en l'ablation des organes génitaux externes, — les testicules avec leurs enveloppes, le scrotum, et la presque totalité de la verge. — L'intervention étant généralement nécessitée par des tumeurs malignes du pénis comprend, en même temps que l'extirpation du néoplasme et des organes plus haut cités, l'évidement ganglionnaire des deux aines.

Nous n'insisterons aucunement sur ses indications : on peut dire qu'en dehors de quelques cas exceptionnels d'éléphantiasis ou de gangrène des organes génitaux externes, elle est strictement réservée aux cas de cancer de la verge ayant envahi tout l'organe et infiltré le scrotum. Elle sera décidée dès que sera établi le diagnostic de cancer ; elle en constitue en effet le seul traitement radical, mais elle ne peut être adéquate au mal que si,

dépassant la sphère des organes génitaux, elle s'attaque à ses voies lymphatiques et aux ganglions auxquels ces voies aboutissent. La seule contre-indication réside dans l'envahissement trop étendu du système lymphatique, — engorgement des ganglions profonds, iliaques, lombaires, hypogastriques, — ou dans la généralisation viscérale du néoplasme.

Nous bornerons notre travail à l'exposé des diverses techniques adoptées par les auteurs qui se sont successivement intéressés à la question de l'émasculation totale. Nous ferons en somme l'historique du procédé et nous décrirons chemin faisant les méthodes opératoires préconisées, en terminant par celle de notre Maître, M. le professeur Forgue. Nous formulerons enfin, en matière de conclusion, les avantages de cette méthode et les résultats qu'on en peut attendre.

La majorité des auteurs attribue à A. Paci la première ablation complète des testicules et de la verge. Cependant, T. Annandale en publiait une observation dans « The Lancet » dès 1874. Il avait été amené à pratiquer cette intervention sur un malade de 31 ans atteint de cancer épithélial du pénis. Le néoplasme avait débuté à l'extrémité de la verge quatre années auparavant et intéressé successivement la totalité de l'organe, la plus grande partie du scrotum, la peau et le tissu cellulaire sus-pubiens sur une étendue de plus de « deux pouces carrés ». L'état général du patient étant resté assez satisfaisant, malgré un degré d'émaciation notable, l'intervention fut pratiquée le 15 octobre 1873. Voici les différents temps qu'elle présenta :

**Procédé d'Annandale.** — Une incision fut faite sur l'anneau inguinal externe d'un côté. Le cordon spermatique avec ses vaisseaux fut convenablement dégagé, puis ligaturé en bloc avec de la forte soie et sectionné immédiatement au-dessous de la ligature. La même méthode fut appliquée du côté opposé. La racine du pénis, ayant été ensuite découverte par une dissection poussée aussi loin que possible en arrière, fut sectionnée transversalement, une ligature temporaire ayant été primitivement posée autour d'elle pour prévenir toute chance d'hémorragie.

Le temps suivant consista en l'excision d'une marge de tissu sain du scrotum et de la région sus-pubienne circonscrivant toute la zone malade et en la ligature séparée des vaisseaux du pénis et de tous les vaisseaux qui saignaient.

Le résultat de l'opération, dit Annandale, fut une très large plaie dont les bords ne purent naturellement être réunis. Quelques points placés d'un côté à l'autre de la portion périnéale diminuèrent légèrement l'étendue de la plaie. Son pourtour fut généreusement épongé avec la solution au chlorure de zinc de De Morgan et de la charpie imbibée de « carbolic oil » fut appliquée à sa surface.

Il ne fut pas question d'excision ganglionnaire, bien que l'auteur eût remarqué la présence de deux ganglions augmentés de volume dans l'aine droite. Ces ganglions avaient été considérés comme étant la conséquence de l' « irritation simple » et leur grosseur avait notablement diminué lors de la sortie du malade, c'est-à-dire deux mois et demi après l'intervention. Quoi qu'il en fût, aucune récidive néoplasique n'était encore survenue à la fin de la première année.

Dans les années qui suivent, on ne retrouve aucune observation analogue. Ce n'est qu'en 1880 que A. Paci relate dans le « Giornale Internazionale delle Scienze mediche » la première intervention qu'il avait pratiquée en 1877.

En 1884, D. Morisani (de Sienne) rapporte dans la « Rivista Internazionale delle Scienze mediche » les résultats d'une exérèse totale de la verge et des testicules pour carcinome.

En 1886, V. Mercanton (de Lausanne) fait connaître

à la Société médicale de la Suisse Romande les suites d'une opération analogue.

En 1887, Péan pratique une intervention ayant quelque rapport avec l'émasculation totale, sur un malade auquel il avait fait subir une amputation prépubienne de la verge suivie à brève échéance de récidive du néoplasme. Péan ne fit en somme qu'une émasculation secondaire sans aucun manuel opératoire bien établi, enlevant systématiquement les parties malades. Le patient, d'ailleurs, ne tarda pas à succomber, le cancer ayant atteint dans sa progression les ganglions inguinaux qui n'avaient nullement été enlevés et déterminé une cachexie rapidement mortelle.

En 1892, Morisani fait paraître sur la question un mémoire original dans lequel il établit les indications de l'opération, son manuel opératoire et les résultats obtenus. Nous rappellerons brièvement son procédé.

**Procédé de Morisani.** — *Premier temps.* — Etablissement d'une boutonnière périnéale sur la partie postérieure de l'urètre caverneux et introduction d'une sonde molle dans la vessie par cette boutonnière.

*Deuxième temps.* — Ligature massive des deux cordons spermatiques et tracé de deux incisions qui cernent la racine de la verge et vont se joindre à l'angle inférieur de la boutonnière urétrale.

*Troisième temps.* — Enucléation de la verge et des racines caverneuses, puis dissection de l'urètre jusqu'à l'angle inférieur de la boutonnière.

*Quatrième temps.* — Après l'hémostase définitive, réunion de la plaie générale et suture de l'ouverture urétrale à la partie inférieure de cette plaie.

En 1892, Chalot, ayant à opérer un malade atteint de cancer de la verge étendu aux testicules et aux bourses, pratique l'émasculation totale par une méthode qu'il fit d'abord paraître dans ses « Nouveaux éléments de chirurgie opératoire » parus en 1893. En 1894, nouvelle intervention semblable. Les deux résultats opératoires sont rapportés par l'auteur au Congrès de chirurgie de Lyon, d'octobre 1894, et il y fait l'exposition de son manuel opératoire ; au même Congrès, Albarran communique le fait d'une émasculation pratiquée par lui trois mois auparavant pour un épithélioma primitif de l'urètre étendu au scrotum.

La technique de Chalot comprend quatre temps : elle diffère de celle de Morisani par la suppression du temps préliminaire qui, nous l'avons vu, consiste dans l'établissement d'une boutonnière périnéale postérieure.

**Procédé de Chalot.** — *Premier temps.* — Section des cordons spermatiques et ligature isolée de leurs vaisseaux.

*Deuxième temps.* — Ablation en bloc des bourses et de la verge.

*Troisième temps.* — Dissection des racines des corps caverneux et suture de la coupe urétrale au périnée.

*Quatrième temps.* — Evidement ganglionnaire des deux aines et suture de toute la plaie, sans drainage.

Après Chalot, l'émasculation totale est successivement pratiquée en 1894 par Bazy qui en publie une observation dans la « Gazette des Hôpitaux » ; en 1896 par M. le professeur Forgue pour un cas d'épithélioma pénoscrotal rapporté dans la thèse de Carbonell. Un perfec-

tionnement y est apporté à la technique de Chalot par l'addition d'un temps supplémentaire consistant en une suture à points séparés des parois opposées de la tunique fibreuse des corps caverneux. Ce moyen complète l'hémostase des artères caverneuses et supprime une surface qui est toujours le siège d'un suintement en nappe léger.

Les modifications de technique apportées ensuite au manuel opératoire sont de faible amplitude. Celle de Bazy est en tous points semblable à celle de Chalot. Elle n'en diffère que par la ligature en masse des éléments du cordon.

En somme, la méthode initiale complétée par M. le professeur Forgue est adoptée par la majorité des auteurs et exposée par P. Duval dans son « Précis de technique opératoire de l'appareil urinaire et génital de l'homme ». Elle comprend six temps :

*Premier temps.* — Incision en T à branche verticale double.

*Deuxième temps.* — Section et ligature des cordons.

*Troisième temps.* — Section des attaches péniennes. Ablation.

*Quatrième temps.* — Suture des corps caverneux, du bulbe.

*Cinquième temps.* — Suture urétro-cutanée.

*Sixième temps.* — Evidement ganglionnaire inguinal.

MM. Sébileau, Marion, préfèrent commencer l'opération par son temps aseptique, c'est-à-dire par un large évidement de dehors en dedans des deux aines, suivi de l'ablation en un seul bloc des ganglions et de la masse péno-scrotale.

Une technique rationnelle a été employée par Juvara

dans quelques cas et lui a donné d'excellents résultats. Il l'expose en détails dans la « Presse Médicale » du 8 mai 1912. Nous nous permettons d'en établir un résumé rapide.

**Technique de Juvara**. — *Premier temps*. — Incision inguino-pubienne curviligne tracée de droite à gauche du milieu de l'arcade crurale au point symétrique du côté opposé. Elle a la forme d'un angle obtus ouvert en haut. De cette incision part, de chaque côté, sur le pédicule du scrotum et la racine du pubis, une incision verticale longue de trois travers de doigt. Ces incisions latérales sont réunies à leur tour à leur extrémité inférieure par une incision en U ménageant un petit lambeau périnéo-scrotal.

*Deuxième temps*. — Dégagement, ligature en deux faisceaux et section des cordons spermatiques. Dissection des paquets ganglionnaires inguino-cruraux qui sont isolés et enlevés en un seul bloc avec la graisse qui les contient.

*Troisième temps*. — Dégagement de la racine de la verge. Séparation, pincement et ligature des divers éléments vasculaires : veine dorsale profonde médiane, artères dorsales latérales. Amputation au bistouri de la racine du pénis, par section des corps caverneux au ras du pubis.

Isolement du corps spongieux de la gouttière des corps caverneux sur une longueur de 3 à 4 cm.

*Quatrième temps*. — Section du corps spongieux contenant l'urètre, à 2 ou 3 cm. en avant du niveau de la section des corps caverneux. Hémostase au catgut fin. Suture en surjet des tranches des corps caverneux.

*Cinquième temps*. — Rabattement en haut du lambeau scrotal, qui est perforé avec la pointe du bistouri, sur

une longueur de 8 à 12 mm., à l'endroit qui correspond exactement à l'extrémité du corps spongieux portant l'urètre. Suture au fil de lin de la muqueuse urétrale et de la gaine conjonctive du corps caverneux, aux lèvres de l'incision cutanée, pour reconstituer l'orifice urétral.

On termine par la suture de la plaie.

*a*) Suture du lambeau scrotal à la peau qui forme l'angle de l'incision supérieure.

*b*) Suture de l'incision supérieure. De chaque côté, trois ou quatre points perforants affrontent les parties profondes des plaies inguinales, et sont noués sur des rouleaux de gaze. Quelques points superficiels ajustent l'affrontement des lèvres de la peau.

Drainage établi avec un gros faisceau tressé de fil de coton glissé transversalement dans la partie inférieure de la plaie, immédiatement au-dessus de l'urètre. Ses extrémités sortent libres dans les angles inférieurs des plaies latérales. Ce drain est enlevé vers le 2e ou 3e jour.

*c*) Suture des plaies latérales, l'aiguille traversant d'une part le lambeau scrotal, de l'autre la peau crurale.

En somme, l'originalité de ce procédé réside surtout dans la taille d'un lambeau cutané périnéo-scrotal et dans l'emploi de sutures cutanées capitonnées, précédées de l'affrontement, par quelques points, des parties profondes des plaies inguinales.

Nous décrirons, pour terminer, le procédé de dissection rétrograde de M. le professeur Forgue, qui présente de multiples avantages sur les procédés précédemment décrits et qui se recommande par la stabilité de ses résultats.

**Procédé de M. le professeur Forgue** (Emasculation rétrograde).

L'opéré est position de taille périnéale, la table légèrement inclinée, les membres inférieurs bien écartés par les antennes, le siège débordant l'extrémité de la table.

La rachianalgésie est l'anesthésie de choix : une petite dose de six ou huit centigrammes est largement suffisante ; elle a l'avantage d'assurer à l'opéré une position immobile, sans retrait du bassin au cours de l'intervention.

Les bourses sont relevées en haut, par l'aide. Une pince à abaissement accroche fortement le scrotum au niveau du repli périnéo-scrotal, le tend et le soulève.

Toute l'opération va se faire à grands coups de ciseaux, et à grande vitesse, puisque la durée de la dernière opération n'a pas dépassé trois minutes. Un premier coup de ciseaux tranche nettement le pli périnéo-scrotal ainsi tendu par la pince à abaissement, et d'emblée on accède à la région périnéo-bulbaire de l'urètre.

Puis, en deux ou trois coups de ciseaux, on coupe, perpendiculairement à son axe, l'urètre, immédiament en avant du bulbe. La section entame les corps caverneux, qui ne sont ainsi que partiellement extirpés ; mais, en vérité, leur excision totale jusqu'à l'insertion ischio-pubienne est superflue, car ce n'est pas vers ce petit moignon restant des attaches caverneuses que se trouve le risque de la récidive.

Une petite pince à dents de souris a immédiatement saisi et repéré la section urétrale ; deux petites pinces à abaissement sont fixées sur l'enveloppe des corps caverneux, les repèrent et les maintiennent, et une

pince à forcipressure fait l'hémostase de chacune des deux artères caverneuses.

La section de l'urètre et des corps caverneux est portée sous une compresse, vers l'angle inférieur de la plaie périnéale : on s'occupera de leur hémostase définitive et de leur fixation à la plaie dans le dernier temps opératoire.

Dès ce moment, c'est en avant et en haut que se poursuit, à rapides coups de ciseaux, l'achèvement très simple de l'opération. Une forte pince à abaissement tenant la section antérieure des corps caverneux et de l'urètre, les lève vers l'angle supérieur de la plaie ; les coups de ciseaux gagnent de plus en plus la partie supérieure, vers la zone pubienne ; chemin faisant, les honteuses externes sont pincées, coupées et liées.

L'incision latérale droite (par rapport à l'opérateur) est maintenant arrivée à la hauteur du cordon spermatique gauche : ce cordon est rapidement dégagé et ses éléments liés séparément. Puis l'incision est poussée vers la symphyse : à ce moment, s'il est nécessaire d'évider les aines, il est simple et rapide de donner un prolongement inguinal, à l'incision, de façon à aborder toute la base du triangle de Scarpa, à libérer le groupe ganglionnaire et à l'enlever d'une pièce avec tout le bloc péno-scrotal. L'incision est poussée ensuite transversalement sur la région pré-pubienne : à coups de ciseaux, on attaque le ligament suspenseur de la verge, tendu par abaissement ; sa section, au ras de la symphyse, découvre les vaisseaux dorsaux qui sont pincés et liés, puis le pénis, entraîné en bas, est dégagé aux ciseaux de l'arc sous-pubien.

L'incision transversale pré-pubienne est poussée maintenant vers l'orifice inguinal droit, en passant sur

le pubis à un demi-centimètre environ au-dessus de l'attache pénienne. Un branchement oblique, parallèle à l'arcade, découvre les ganglions inguinaux droits que l'on enlève en masse, faisant corps avec la pièce péno-scrotale. Chemin faisant, on a rencontré le cordon spermatique droit à sa sortie du canal inguinal : il a été isolé et ses éléments liés.

Puis, l'incision descend, à droite, contournant le scrotum, avec ligature des honteuses externes. Elle est ainsi conduite jusqu'au point de départ périnéo-scrotal, où elle rejoint l'autre incision, sur la ligne médiane, à trois centimètres environ au-devant de l'anus.

Ainsi, très rapidement, tout le bloc péno-scrotal a été excisé, et les aines évidées. La peau est suturée en T à partir de la commissure supérieure. Il ne reste plus qu'à placer au bon endroit l'abouchement urétral, à achever l'hémostase des corps caverneux. Pour cette dernière, il suffit de lier les deux artères caverneuses qui ont été pincées ; puis on suture l'albuginée de chaque corps caverneux par une série de points, qui ont l'avantage d'être en même temps hémostatiques. L'urètre est légèrement disséqué, de façon à faciliter son abouchement ; on peut d'ailleurs l'agrandir d'une petite fente antéro-postérieure sur le milieu de sa paroi inférieure. Ses lèvres sont soigneusement unies, par des points séparés au catgut fin, aux lèvres de la peau. Ces points suffisent à faire l'hémostase du cylindre spongieux. Deux des catguts, qui ont servi à la suture hémostatique des corps caverneux, ont été conservés à pleine longueur, de façon, par une transfixion de la profondeur vers la peau, à fixer à la face profonde des téguments, exactement sur la partie médiane, le moignon caverneux.

Les soins consécutifs à prendre consistent à placer

une sonde à demeure dans l'urètre pendant toute la durée de la cicatrisation et à tenir les plaies aussi propres que possible.

Ce procédé est remarquable par la simplicité et la rapidité de sa technique, l'intervention se proposant d'enlever, d'arrière en avant, toute la région scroto-pénienne.

Il permet de plus l'exérèse, en un seul temps, de la masse péno-scrotale, du tissu cellulo-graisseux qui l'environne et l'évidement facile des groupes ganglionnaires inguino-cruraux.

Le résultat définitif de cette émasculation rétrograde est absolument parfait : la région pubienne est occupée par une cicatrice linéaire au milieu de laquelle s'ouvre l'urètre. L'opéré urine très facilement sans être obligé de s'accroupir, le jet d'urine dirigé en avant.

## OBSERVATION

(Due à l'obligeance de M. le professeur Forgue)

M. B... Albert, âgé de 70 ans, entre à l'hôpital Saint-Eloi, salle Delpech, le 28 mai 1922.

Vers le début de janvier, il s'est aperçu de la présence de taches rosées sur sa chemise. Comme il était porteur d'un phimosis congénital, il ne constate aucune modification du gland pendant les premiers jours. Son médecin, consulté, découvre au niveau du gland, par rétraction du prépuce, un bourgeon non ulcéré, juste au-dessus du méat. Il ordonne des bains à l'extrait de saturne et des capsules d'essence de térébenthine.

Dans la suite, l'écoulement devient plus sanguinolent, plus abondant, en même temps que le gland augmente de volume et que le malade perçoit sous le prépuce des inégalités de consistance ferme.

Vers le mois de mars, il accuse quelques douleurs nocturnes et une sensation de cuisson à l'extrémité du gland, principalement après la miction.

Il a eu une blennorragie à 20 ans, la grippe à 66 ans.

A l'entrée, le prépuce est œdématié, présentant autour

de son orifice des rougeurs de macération. Par cet orifice préputial, on aperçoit, autour du méat, des bourgeons rougeâtres, blancs nacrés par endroits et qui sont le siège d'un suintement sanieux et malodorant.

Le méat, par leur présence, paraît enfoui au fond de cette couronne de bourgeons, qui se perd sous le prépuce. Le méat paraît respecté, mais on perçoit à la palpation une induration cartonnée du gland, irrégulière, accusant de façon fort nette le rebord postérieur du gland.

Pas de ganglions inguinaux perceptibles.

Une biopsie de la tumeur est faite le 29 mai, qui montre qu'il s'agit d'un épithélioma lobulé, farci de globes épidermiques et de globes cornés. C'est donc ce que l'on est convenu d'appeler actuellement un « spino-cellulaire » des plus classiques avec réaction kératosique des plus intenses.

L'intervention est pratiquée le 2 juin 1922, sous anesthésie rachidienne par 0,07 de syncaïne.

On amarre le scrotum par une pince à abaissement fixée au niveau du repli péno-scrotal.

On tranche, par un coup de ciseaux, le pli périnéo-scrotal et on continue la section aux ciseaux, traversant d'abord le tissu cellulaire. On ne tarde pas à rencontrer l'urètre que l'on sectionne à 1 cm. plus bas que le plan général de section, pour faciliter la plastie du nouveau méat, puis les corps caverneux que l'on sectionne à leur tour au ras du plan général de section.

Une forte pince à abaissement accroche la section des corps caverneux et de l'urètre pour les tendre vers l'angle supérieur de la plaie. Continuant la section aux ciseaux, on arrive à la hauteur du cordon spermatique gauche qu'on isole et qu'on sectionne après ligature. Les

ganglions inguinaux gauches sont extirpés, puis l'incision est poussée vers la symphyse et vers l'orifice inguinal droit. Le cordon inguinal droit et sectionné, les ganglions de l'aine droite sont enlevés, et l'incision continuant contourne le scrotum, atteint le point de départ périnéo-scrotal, et libère tout le bloc péno-scrotal.

Suture de la peau. Fixation du méat urétral aux lèvres de la plaie.

On passe une sonde dans l'urètre, et on fait un pansement aussi soigneux que possible.

Ce pansement est renouvelé tous les jours.

# CONCLUSIONS

L'émasculation totale trouve son indication habituelle dans les néoplasies péno-scrotales, en raison de l'étendue de la lésion primitive et de l'envahissement lymphatique et ganglionnaire.

Divers procédés opératoires ont été décrits, qui diffèrent entre eux tant par la simplicité que par la rapidité d'exécution. Nous en retiendrons les deux types :

Celui de Chalot, adopté par P. Duval, Marion, etc..., caractérisé par une incision en T à branche verticale double contournant le scrotum et se rejoignant en arrière sur le raphé ano-scrotal.

Celui de Juvara, dont l'originalité résulte de la taille d'un petit lambeau périnéo-scrotal qui est relevé en tablier, en avant de la plaie opératoire, à la fin de l'intervention, et qui reçoit à son centre l'abouchement du moignon urétral.

Nous nous sommes proposé de décrire le procédé de M. le professeur Forgue qui, tout en pratiquant une exérèse aussi large, réduit notablement les difficultés de la technique.

Cette méthode paraît la plus rapide et ses résultats ne sont pas inférieurs à ceux des autres procédés, puisqu'il nous a été donné d'observer des opérés dont l'intervention remonte à cinq ans.

# BIBLIOGRAPHIE


Annandale (T.). — Successful removal of the testicles, scrotum, and suprapubic skin for epithelial cancer (The Lancet, 12 sept. 1874, p. 829).

Paci (A.). — Asportazione totale della verga e dei testicoli con un nuevo processo operativo (Giornale internationale delle Scienze Mediche. Napoli, 1880).

Morisani (D.). — Enucleazione dei corpi cavernosi con orcheoctomia bilaterale per carcinoma dell' asta (Rivista internationale di Medicina et Chirurgia, 1884).

— Enucleazione della sfera esterna degli organi genitali maschili (Giornale internationale della Scienze Mediche, anno XIV, 1892).

Péan. — Leçons de Clinique chirurgicale, 1887 (t. VIII).

Chalot (V.). — De l'extirpation de la verge et des bourses, ou émasculation totale (Congrès de chirurgie de Lyon, octobre 1894).

— Traité élémentaire de Chirurgie et de Médecine opératoire (Doin, 1898).

Albarran. — Epithélioma primitif de l'urètre (Congrès de Chirurgie de Lyon, octobre 1894).

Moussaron. — De l'émasculation totale. Indications. Technique. Résultats (Thèse de Toulouse, 1895).

Carbonell (M.). — De l'émasculation totale et de ses indications dans le cancer de la verge (Thèse de Montpellier, 1896).

Bazy.— Maladies des voies urinaires : urètre, vessie (Masson et Cie, t. III, p. 173).

Duval (P.). — Chirurgie de l'appareil urinaire et de l'appareil génital de l'homme (Précis de technique opératoire par les Prosecteurs de la Faculté de méd. de Paris, t. V).

Juvara. — Emasculation totale (Presse Médicale, 8 mai 1912).

Legueu (F.) et Michon. — Maladies de la vessie et du pénis (Nouveau Traité de chirurgie publié en fascicules par le Le Dentu et Delbet, 1912, t. XXX, p. 321).

Sébileau (P.) et P. Descomps. — Maladies des organes génitaux de l'homme (Nouveau Traité de chirurgie publ. en fasc. par Le Dentu et Delbet, 1916, t. XXXII).

Marion (G.). — Technique chirurgicale (Paris, 1921, t. II, p. 809).

---

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

La technique de l'émasculation totale, procédé de M. le professeur Forgue (Émasculation rétrograde),

par Robert Gosserez.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 28 juin 1922.

Le Professeur,

FORGUE.

Vu :

Montpellier, le 28 juin 1922.

Le Doyen,

E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 28 juin 1922.

Le Recteur,

Jules COULET.

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!*